

Su Visión Es Nuestro Enfoque



## Documentos para Nuevos Pacientes

Querido paciente,

Por favor complete los siguientes documentos en su totalidad y llévelos con usted a su cita ya programada. Si tiene preguntas sobre su cita, llame al 888-626-2020.

¡Esperamos poder ser parte de su cuidado médico!

*Nuestra Misión: Preservar el Regalo de la Visión y Mejorar las Vidas ~ Un Paciente a la Vez.*



PACIENTE: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE #: \_\_\_\_\_

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información protegida de salud sobre usted. El Aviso contiene una sección de Derechos del Paciente la cual describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro Aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Usted tiene el derecho a solicitar que restrinjamos cómo se usa o divulga su información protegida de salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, honraremos este acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta que Graystone Eye haga uso y divulgación de su información protegida de salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho a revocar este Consentimiento por escrito y firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho de acuerdo a su consentimiento previo. Graystone Eye provee este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). El paciente entiende que:

- La información protegida de salud puede ser divulgada o utilizada para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Graystone Eye tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisar esta política.
- Graystone Eye se reserva el derecho a cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- El paciente tiene el derecho a restringir el uso de su información por Graystone Eye y no tiene que aceptar estas restricciones.
- El paciente puede revocar este Consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones de información futuras cesarán.
- Graystone Eye puede rechazar el proveer tratamiento sin la ejecución de este Consentimiento.

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (si no es el paciente): \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Representante de Graystone Eye)



PACIENTE: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE #: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Las regulaciones de HIPAA no nos permiten divulgar información sobre su condición médica, diagnóstico, tratamiento o pronóstico a cualquier persona sin su consentimiento.

Usted puede designar a una o varias personas para que puedan obtener esta información médica en su ausencia, por teléfono o en persona.

Si usted tiene un representante legal o persona con poder notarial, requerimos una copia del documento legal especificando esto para mantenerlo en los expedientes de Graystone Eye.

Es importante para nuestra oficina tener la lista de las personas designadas por usted a las cuales podemos divulgar su información médica. Por favor indique a continuación la(s) persona(s) que usted permite obtener esta información.

Usted puede divulgar la siguiente información:

- Médica
- Financiera
- No divulgue mi información

Divulgue la información a:

1. Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Representante de Graystone Eye)

Este documento será vigente indefinidamente, a menos que sea revocado por escrito.



PACIENTE: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE #: \_\_\_\_\_

**FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES**

**Si el paciente es menor de edad, por favor complete el siguiente formulario de consentimiento y provea información del padre o tutor.**

Yo \_\_\_\_\_, padre o tutor de \_\_\_\_\_, por este medio solicito y autorizo a los médicos de Graystone Eye, o a la persona designada por ellos, llevar a cabo los servicios necesarios para mi hijo(a). Esto incluye, pero no se limita a, la dilatación de las pupilas a realizarse en o sin mi presencia durante la evaluación médica. Se entiende que esta autorización será efectiva por un año a partir de la fecha de la firma más reciente, como se indica abajo.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si los padres del menor no están disponibles para la firma, se puede obtener autorización verbal por teléfono. La siguiente información deberá ser obtenida de los padres del menor al dar permiso para la evaluación y tratamiento de su hijo(a).

**Nombre completo del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombre completo del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Patient Questionnaire / Cuestionario del paciente**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Family Physician/Médico familiar: \_\_\_\_\_ Referred by/Referido por: \_\_\_\_\_

Email Address/Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Reason for your visit today/Razón de su visita hoy: \_\_\_\_\_

Are you experiencing?/¿Estás experimentando?	Yes/Sí	No/No	How long?/¿Por cuánto tiempo?
Blurred distance vision/Visión borrosa en la distancia	_____	_____	_____
Trouble seeing to drive/Problemas para conducir	_____	_____	_____
Blurred Near Vision/Visión borrosa en la cercanía	_____	_____	_____
Double Vision/Visión doble	_____	_____	_____
Headaches/Dolores de cabeza	_____	_____	_____
Eye Pain/Dolor en el ojo	_____	_____	_____
Red Eyes/Ojos rojos	_____	_____	_____
Floaters/Flotadores	_____	_____	_____
Dry Eyes/Ojos secos	_____	_____	_____
Flashes/Destellos de luz	_____	_____	_____
Tearing/Ojos llorosos	_____	_____	_____
Itching/Comezón	_____	_____	_____
Any other problems/Cualquier otro problema	_____	_____	_____

3. Current Eye medications/Medicamentos actuales para los ojos: \_\_\_\_\_

4. Current Medications (list over the counter and prescriptions) /Medicamentos actuales (lista con receta y sin receta): \_\_\_\_\_

5. Do you or have you had any of the following disorders?/¿Tiene o ha tenido usted alguno de los siguientes trastornos?

	Yes/Sí	No/No	Date/ Type/ Treatment-Fecha/ Tipo/ Tratamiento
Thyroid Disease/Enfermedad de la tiroides	_____	_____	_____
Arthritis/Artritis	_____	_____	_____
Diabetes/Diabetes	_____	_____	_____
Asthma/Asma	_____	_____	_____
Stroke/Derrame cerebral	_____	_____	_____
Heart Disease/Enfermedad del corazón	_____	_____	_____
Cancer/Cáncer	_____	_____	_____
Trauma/Trauma	_____	_____	_____

	Yes/Sí	No/No	Date/ Type/ Treatment-Fecha/ Tipo/ Tratamiento
Previous Surgery/Cirugías previas	_____	_____	_____



**Eye Conditions/Condiciones oculares:**

Cataract/Catarata	_____	_____	_____
Glaucoma/Glaucoma	_____	_____	_____
Macular Degeneration/Degeneración macular	_____	_____	_____
Crossed Eyes/Ojos cruzados o vago	_____	_____	_____

**6. Have you experienced any of the following symptoms in the past 5-7 days?/¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 5-7 días?**

	Yes/Sí	No/No	How long?/¿Por cuánto tiempo?
Fever/Fiebre	_____	_____	_____
Painful Urination/Dolor al orinar	_____	_____	_____
Insomnia/Insomnio	_____	_____	_____
Chest Pain/Dolor de pecho	_____	_____	_____
Excessive Thirst/Sed excesiva	_____	_____	_____
Bruising /Moretones	_____	_____	_____
Skin Rash/Erupción cutánea	_____	_____	_____
Environmental Allergies/Alergias ambientales	_____	_____	_____
Sore Throat/Dolor de garganta	_____	_____	_____
Joint Pain/Dolor en las articulaciones	_____	_____	_____
Difficulty Swallowing/Dificultad para tragar	_____	_____	_____
Dizziness/Mareos	_____	_____	_____

**7. Do any of your blood relatives have? /¿Tiene alguno de sus familiares las siguientes condiciones?**

	Yes/Sí	No/No	Who in the family? ¿Quién en la familia?
Glaucoma/Glaucoma	_____	_____	_____
Crossed or Lazy eye/Ojo cruzado o vago	_____	_____	_____
Macular Degeneration/Degeneración macular	_____	_____	_____
Diabetes/Diabetes	_____	_____	_____

**8. Do you use?/ ¿Utilizas lo siguiente?:**

	Yes/Sí	No/No	How much?/how long? ¿Cuánto? / ¿Por cuánto tiempo?
Tobacco products/Productos del tabaco	_____	_____	_____
Alcohol Products /Productos del alcohol	_____	_____	_____

**9. List any medical allergies and type of reaction to each/Enumere cualquier alergia médica y tipo de reacción a cada una:** \_\_\_\_\_

**10. Occupation/Ocupación:** \_\_\_\_\_

Have you ever been seen by a Graystone physician in any of our locations?/¿Alguna vez ha sido visto por un médico de Graystone Eye en cualquiera de nuestras oficinas? Yes/Sí \_\_\_\_\_ No/No \_\_\_\_\_

If yes, approximately how long ago?/En caso afirmativo, ¿hace cuánto tiempo aproximadamente? \_\_\_\_\_



## Política Financiera del Paciente

Gracias por elegir a Graystone Eye para el cuidado de sus ojos. A continuación le presentamos nuestra política financiera, la cual le pedimos que lea y firme antes de recibir nuestros servicios.

### EL COPAGO DEL PACIENTE TIENE QUE SER PAGADO AL MOMENTO DEL SERVICIO.

#### **Responsabilidad del Paciente:**

Al ser paciente de Graystone Eye, usted es financieramente responsable de cualquier servicio no cubierto por su seguro médico (lo cual incluye copagos, coseguros y deducibles). Estos montos de dinero se recogerán en el día de su cita. Aceptamos dinero en efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover, American Express, Care Credit y todas las tarjetas de débito de las cuentas de ahorro de salud.

- ❖ *Algunos planes de seguro médico, incluyendo Medicare, no cubren las refracciones oculares (medida tomada para determinar la necesidad de lentes o cambio en la prescripción).*
- ❖ *Si usted utiliza o desea comenzar a utilizar lentes de contacto, existe una tarifa por separado para el ajuste de lentes de contacto. Esta tarifa debe ser pagada al momento del servicio.*

Con el fin de facturar a su compañía de seguro médico, debemos tener su tarjeta de seguro médico actualizada y toda la información de facturación. Verificaremos esta información en cada visita.

Si usted tiene una cita programada y tiene un saldo de dinero pendiente, se espera que pague su saldo o establezca arreglos de pago con nuestro departamento de facturación **antes** de ser visto. El impago de los saldos pendientes podría resultar en su despido de nuestra práctica.

Muchos planes de seguro médico requieren un referido / autorización previa para los servicios prestados en nuestra oficina. Usted tendrá que obtener este referido / autorización previa antes de ser visto en nuestra oficina.

#### **Pacientes Menores de Edad**

El fiador del paciente es responsable del pago de todos los servicios prestados a los pacientes menores de edad.

*Certifico que la información proveída por mí, al solicitar el pago bajo mi contrato de seguro médico, es correcta. Autorizo que los beneficios del seguro médico sean hechos en mi nombre hacia Graystone Eye para cualquier servicio proporcionado. Autorizo a cualquier titular de información médica a que libere mi información a mi compañía de seguros y sus agentes para así determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados.*

*También autorizo a Graystone Eye a acceder mi historial de medicamentos.*

Firma de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_